

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DE BELFORT

N° 11 Rue Jean Rostand
90000 BELFORT

**LA MAMMECTOMIE, VERS L'ACCEPTATION
D'UNE NOUVELLE IMAGE CORPORELLE**

Travail de Fin d'Etudes pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier

Présenté par PEREIRA Laura
Sous la direction de Madame S.

Promotion 2006-2009
1ère session

INTRODUCTION	1
SITUATION DE DEPART ET QUESTIONNEMENT	3
I. Situation d'appel.....	4
II. Questionnement.....	5
III. Question de départ.....	6
IV. Méthodologie.....	8
A. CANCER DU SEIN ET MAMMECTOMIE	9
I. Le cancer du sein.....	9
1. Chiffres et étiologie.....	9
2. L'anatomopathologie et diagnostic.....	9
3. Les traitements.....	10
II. La mammectomie.....	11
III. Les représentations du sein et du cancer.....	11
1. Le sein et ses représentations.....	11
2. Le cancer du sein et ses représentations.....	12
IV. Les répercussions.....	13
1. Répercussions physiques.....	13
a. Modifications corporelles.....	13
b. Modifications des habitudes de vie.....	13
2. Répercussions psychologiques.....	13
3. Répercussions sociales et familiales.....	14
B. L'ACCOMPAGNEMENT INFIRMIER	15
I. Législation: Le plan cancer et le soins de supports.....	16
II. L'unité de pathologie mammaire.....	16
III. Le rôle de l'infirmière.....	17
1. L'infirmière et ses compétences.....	17
2. Diagnostics infirmiers prévalants.....	18
a. Diminution de l'estime de soi.....	18
b. Perturbation de l'image corporelle.....	18
3. Interventions infirmières.....	19
a. Prise en charge psychologique.....	19
b. Prise en charge éducative.....	19
C. PRISE EN CONSIDÉRATION PAR LES SOIGNANTS: VERS L'ACCEPTATION D'UNE NOUVELLE IMAGE CORPORELLE	20
I. Identification des moments cruciaux.....	21
1. L'hospitalisation et la période pré-opératoire.....	21
2. La période post-opératoire et le premier pansement.....	22

3. Le premier regard sur soi.....	22
4. Le regard extérieur.....	23
5. L'après.....	23
6. La reconstruction.....	24
7. La non reconstruction.....	24
II. Elements de la relation d'aide.....	24
1. L'importance de notre regard.....	24
2. Les attentes des patientes.....	25
3. Les limites du soignant.....	25
III. Hypothèses.....	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	31
➤ Grille d'entretien pour l'infirmière de gynécologie.....	32
➤ Grille d'entretien pour la patiente mammectomisée.....	34
➤ Plan Cancer, mesure 42 liée aux soins de supports.....	36

Remerciements

à ma directrice de mémoire, pour m'avoir guidée et accompagnée tout au long de ce travail,

à l' infirmière de consultation de l'unité de pathologie mammaire, pour m'avoir permis de découvrir son travail formidable et son engagement auprès des patientes,

à la présidente de l'association « les amazones s'exposent », pour sa motivation, son investissement et sa réelle gentillesse,

à toutes les « amazones » qui ont accepté de me confier leurs témoignages, avec une véritable envie d'améliorer la qualité des soins pour les futures patientes,

à l'infirmière qui a acceptée spontanément, de réaliser mon entretien,

aux infirmières de chimiothérapie, pour m'avoir fait découvrir cette « spécialisation » de l'infirmière, et transmis leurs motivations,

à mes amis,

à ma famille,

à mon chat,

INTRODUCTION

Trois années se sont écoulées, intensives, enrichissantes, surprenantes. Autant de chemin parcouru qui me permet aujourd'hui de ne plus être seulement dans le soin mais également dans l'analyse du soin.

Lors du choix du sujet de mon travail de fin d'étude, j'ai directement pensé à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer. En effet, aujourd'hui, peu importe le service où l'on se trouve, on est très souvent amené à rencontrer des patients à différents moments de cette maladie. Pour ma part, j'ai été confrontée à de nombreuses situations qui m'ont interpellées, autant lors d'une découverte de cancer, en cours de traitement, et jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. J'ai pu donc avoir une vision globale de cette maladie, et en tant que soignante, il m'a semblé évident que cette pathologie est sujette à beaucoup d'interrogation, sur la prise en soins, les relations soignants-soignés, la dimension éthique, l'accompagnement psychologique, entre autre.

J'ai choisi de cibler mon sujet plus précisément dans le cas d'un cancer du sein, et notamment dans le cas de mammectomie. Pour moi l'accompagnement des femmes atteintes d'un cancer du sein semble très complet et nécessite de soigner le physique comme le psychique, c'est cette dimension du soin qui a retenu mon attention. En effet le soin relationnel est un soin qui me paraît très complexe et pourtant d'une importance cruciale, surtout dans ces moments où le corps est mis à mal et que tout le schéma corporel est perturbé.

Au delà de l'importance de ce travail pour l'obtention de mon diplôme, il me paraît important pour ma future profession et pour moi même. Grâce à ce travail, j'espère être une soignante plus à l'écoute, plus attentive et plus apte à répondre aux besoins de ces patientes dans cette situation, et même pour d'autres interventions touchant à l'image corporelle.

J'ai donc décidé de m'intéresser aux conséquences que peut avoir une mammectomie ainsi qu'au rôle des soignants afin d'aider les patientes dans l'acceptation de leur image corporelle.

Dans un premier temps, je vais définir la maladie, ses conséquences, ses représentations et ses répercussions afin de comprendre tout l'enjeu de la prise en charge par les soignants.

Dans un second temps, j'étudierai l'accompagnement infirmier, en évoquant le cadre législatif, les compétences, le rôle et les interventions infirmières.

Enfin, j'évoquerai les grandes étapes de cette reconstruction physique et psychique, en évoquant le ressenti et le vécu des patientes. Et puis j'analyserai l'importance des relations entre les patientes et les soignants.

Une situation a retenu en particulier mon attention et m'a paru très pertinente à aborder:

SITUATION DE DEPART
QUESTIONNEMENT

I. Situation d'appel:

Au cours de ma deuxième année de formation j'ai été confrontée à une situation qui m'a interpellée et déstabilisée. Je réalisais un de mes stages en service de chimiothérapie. Un jour, durant ma deuxième semaine de stage, je commençais à prendre en charge des patientes depuis leur arrivée. Ce jour là j'accueille une patiente, âgée de 57 ans, mariée sans enfant, atteinte d'un cancer du sein et venant pour sa 4ème séance de chimiothérapie.

Elle avait été opérée 3 mois plus tôt d'une mastectomie totale du sein droit, sans complication et avait commencé une cure de chimiothérapie de 6 séances. Cette chimiothérapie était très alopeciante, et elle avait perdu ses cheveux lors des premières séances de chimiothérapie. Je n'avais alors jamais rencontré cette patiente, et n'avais vu de son dossier que le protocole de chimiothérapie, le type de cancer et certains antécédents médicaux.

J'accueille la patiente et l'installe dans une des chambres de 2 ou 3 fauteuils. Il y avait déjà une autre patiente installée dans la pièce qui recevait sa chimiothérapie. Je tire alors le rideau de séparation pour ne pas être vue de la patiente voisine. Cette patiente était porteuse d'une chambre implantable à gauche. Je lui demande de se déshabiller pour que je puisse aisément accéder à la chambre implantable en lui demandant: « Pouvez-vous enlever votre haut s'il vous plaît madame » Et elle me répond spontanément : « Vous savez, je n'ai plus de sein et plus de cheveux, je n'ai plus grand chose d'une dame !!».

Je ne m'attendais pas à cette réponse. J'ai été surprise et déstabilisée face à cette réaction et je n'ai su répondre que des banalités. Je me suis alors centrée sur le soin technique, qui, par manque de pratique exigeait beaucoup de concentration. Après avoir veillé à son confort, j'ai été voir l'infirmière qui connaissait bien cette patiente en lui rapportant les propos qu'elle m'avait tenus. Elle est allée voir cette dame par la suite. Je n'ai jamais revu cette patiente car je finissais mon stage avant sa prochaine séance.

Face à cette situation j'ai réalisé plusieurs choses. J'ai tout d'abord pu remarquer que dans ce service, nous n'avions aucune donnée sur l'état psychologique des patients, qui avaient pourtant tous un cancer. Ce qui rendait les suivis psychologiques difficiles à mettre en place, surtout pour les nouveaux professionnels ou les étudiants. En effet ces dossiers étaient avant tout des dossiers médicaux, sans dossier infirmier, donc sans feuille de transmission ciblée, ni macrocible. Je n'avais donc aucune donnée en l'accueillant, sur son ressenti par rapport à sa maladie, son état psychologique, alors qu'elle était déjà venue à plusieurs reprises et était au courant de son cancer depuis plusieurs mois. Seules les deux infirmières du service possédaient ces informations en tête.

De plus, je me suis retrouvée impuissante en tant qu'étudiante face à cette situation, car je n'ai pas su apporter une réponse adaptée et de possible action infirmière. Pour quelles raisons? Est-ce le manque d'expérience de ma part? La surprise de cette réaction inattendue? Le manque

de connaissance sur la maladie et ses impacts sur le psychisme?

J'ai compris également que les changements que cette patiente avait subis depuis sa maladie étaient tels qu'elle ne se voyait plus en tant que femme, qu'elle n'acceptait pas cette nouvelle image d'elle. De plus, j'ai ressenti ces quelques mots comme une « sonnette d'alarme ». Elle était en colère face à sa situation qu'elle n'arrivait pas à accepter. Je me suis demandée par quel chemin cette femme était-elle passée? Comment en était-elle arrivée là? Comment avait-elle été prise en charge par l'équipe soignante après sa mammectomie? Était-elle suivie psychologiquement?

Avec toutes ces interrogations, j'ai alors décidé de m'intéresser aux répercussions physiques et psychologiques engendrées par une mammectomie et leurs impacts sur l'image corporelle de la femme.

Ce qui m'a amené à me questionner sur ce sujet:

II. Questionnement:

En quoi la prise en charge, lors des séances de chimiothérapie par une même infirmière peut-elle être bénéfique pour une patiente?

Quel est l'impact des soins esthétiques chez une femme, lors d'un cancer du sein?

Quel est l'impact psychologique de la perte des cheveux chez une femme?

La diminution de l'estime de soi au cours d'une maladie peut-elle être un frein à la guérison?

L'acceptation de son image corporelle après mammectomie lors d'un cancer du sein peut-elle favoriser l'amélioration de l'état de santé?

C'est à partir de là que j'en suis venue à m'interroger sur les soignants, leurs compétences, leurs attitudes:

L'infirmière est-elle formée à la dimension psychologique de l'accompagnement des patients atteints de cancer?

Comment l'infirmière peut-elle accompagner psychologiquement et efficacement une patiente atteinte d'un cancer du sein tout au long de sa maladie?

Quelle est l'importance de la relation soignant-soigné au cours d'un cancer?

Comment l'infirmière peut-elle aider une patiente à appréhender une chirurgie du sein?

Quelle est l'importance d'un suivi psychologique après une intervention mutilante?

Quelles sont les limites de l'infirmière dans ses compétences face aux détresses psychiques?

En quoi le regard du soignant sur le patient après une chirurgie mutilante est-il important?

Quel peut-être le rôle de l'infirmière dans l'acceptation de l'image de soi chez une femme après mammectomie?

Toute cette réflexion m'a amené à cette question de départ:

III. Question de départ:

En quoi la prise en considération par les soignants des répercussions physiques et psychologiques chez la femme mammectomisée influence-t-elle l'acceptation de sa nouvelle image corporelle?

IV. Méthodologie:

Pour commencer mon travail de recherche, il m'a fallu tout d'abord posséder de bonnes connaissances théoriques sur le sujet. J'ai repris mes cours du module de cancérologie et d'autres livres pour comprendre le mécanisme du cancer et comment en arrive-t-on là? Quels sont les traitements? Que risque-t-on? Quelles peuvent être les causes? Comprendre la maladie, pour mieux percevoir l'état des patientes tout au long des étapes qu'elles traversent.

Par la suite, je me suis intéressée plus précisément à tout ce parcours que les femmes doivent traverser dès la découverte du cancer du sein, les différentes étapes, les professionnels qui interviennent, les suites. Pour cela j'ai fait appel à mes propres connaissances et expériences de stage. Je suis allé voir l'infirmière d'annonce de l'unité de pathologie mammaire de l'hôpital, qui m'a expliqué ce parcours, j'ai pu assister à une consultation d'annonce infirmière lors d'une découverte d'un cancer du sein, et d'une autre consultation cette fois en vue d'une mammectomie. J'ai pu donc rencontrer ces femmes, à différents moments de leur maladie, et à des étapes cruciales.

Puis, pour cerner au mieux le point de vue des patientes, j'ai pu lire beaucoup de témoignages. Les livres et sites internet ne manquent pas sur ce sujet, pour tenter de comprendre leur ressenti, leurs craintes, leur état psychologique. Mais le plus parlant pour moi, était de contacter des patientes qui avaient vécu ce parcours et accepteraient de m'en parler. J'ai alors contacté une association de patientes mammectomisées. Elles m'ont permis de mieux cibler leurs états, leurs attentes vis à vis des soignants et j'ai pu réaliser mon premier entretien¹ et avoir des réponses beaucoup plus ciblées sur mon sujet. Cependant, face à l'impossibilité de rencontrer la personne, j'ai dû réaliser cet entretien par mail. Cela ne m'a en rien desservi, bien au contraire, je pense que dans cette situation, il est plus facile de se confier par écrans interposés. Je me devais également d'éclaircir certaines notions, comme l'estime de soi ou l'image corporelle. N'ayant pu voir une psychologue, j'ai pu consulter des ouvrages sur ces thèmes et dans le cadre

¹ Voir [annexe n°2](#)

du cancer du sein, et écrits par des psychologues.

Ensuite je me suis intéressée au rôle des soignants dans l'accompagnement d'une patiente atteinte d'un cancer du sein et tout au long de sa maladie. Pour cela, j'ai consulté mes cours de soins infirmiers, étudié le plan cancer et le décret infirmier, pour connaître le cadre légal de notre profession. De plus, afin d'avoir un réel aperçu des pratiques en service, notamment sur la prise en soins en post opératoire des patientes, j'ai réalisé mon deuxième entretien² avec une infirmière de gynécologie. N'étant jamais allée en stage en gynécologie, cet entretien était inévitable.

Grâce à toutes mes recherches j'ai pu explorer mon sujet en regardant tous les horizons possibles, en restant ouverte d'esprit et en sélectionnant parmi les nombreuses sources d'informations les plus pertinentes pour mon sujet.

Pour comprendre et analyser la situation des patientes après mammectomie, il faut nécessairement connaître la maladie, les traitements et l'acte chirurgicale.

²Voir [annexe n°1](#)

A. CANCER DU SEIN ET MAMMECTOMIE

I. Le cancer du sein

Le cancer. Un seul mot et pourtant tellement d'évocations différentes. Certain le voit comme un fléau, d'autre comme une maladie honteuse, ou encore comme une maladie menant à une mort inéluctable. Effrayant, parfois encore tabou, il est sûr en tout cas que c'est une maladie qui amène bon nombre de perturbations dans la vie d'une personne et de son entourage.

1. Chiffres et étiologie

Le cancer du sein est chez la femme à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier des cancers. Il touche 99% de femme et 1% d'homme. On estime qu'environ 1 femme sur 11 développera un cancer du sein au cours de sa vie et que 11 000 personnes décèdent chaque année en France du cancer du sein³.

On distingue plusieurs facteurs de risque: l'âge, en effet la plupart des cas sont diagnostiqués après 50 ans, mais il peut survenir chez les femmes jeunes. L'absence de grossesse ou une première grossesse après 40 ans peuvent également augmenter le risque de développer un cancer.

Depuis ces dernières années, c'est devenu une des priorités nationales de la santé publique.

2. Anatomopathologie et diagnostic

On peut définir le cancer en général comme une prolifération anarchique de cellules anormales. Dans le cas du cancer du sein il existe plusieurs types: le plus fréquent étant l'adénocarcinome, qui se développe au dépend du tissu glandulaire, et plus spécifiquement le carcinome canalaire infiltrant (8 cas sur 10)⁴. Cependant chaque cancer à des caractéristiques différentes: localisations, type, prolifération..

Comme tout cancer, il existe des risques d'extension du cancer, il peut y avoir une atteinte ganglionnaire, le plus souvent au niveau des ganglions axillaires, mais également une atteinte d'autre organes (os, poumon, foie, cerveau) par envahissement métastatique.

Dans ce dernier cas, la prolifération de métastases vers d'autres organes est plus difficile à traiter et souvent de mauvais pronostic. Aujourd'hui, de plus en plus de femmes « guérissent » de leur cancer du sein.

Dans la plupart des cas, c'est la palpation d'une grosseur anormale au niveau du sein, qui

³ ALEXANDRE(J)-Mémo infirmier-Cancérologie Hématologie-Paris:Masson,2008-p.15

⁴ LA LIGUE CONTRE LE CANCER-UICC-FNCLCC-Comprendre le cancer du sein-Paris,2007-p.12

amène les femmes à consulter, c'est pourquoi on encourage les femmes à pratiquer l'autopalpation des seins, car plus un cancer est découvert tôt, meilleures sont les chances de guérisons.

Mais la découverte se fait de plus en plus lors des mammographies, grâce à un programme national de dépistage du cancer du sein qui offre à toutes les femmes entre 50 et 74 ans une mammographie gratuite tous les deux ans. Cet examen reste conseillé et certaines femmes ne le font pas régulièrement.

Dés lors que le diagnostic de cancer est suspecté, une biopsie de la tumeur est indispensable, ainsi qu'un bilan d'extension, pour confirmer ou infirmer le diagnostic, pour préciser le pronostic et pour orienter les thérapeutiques.

3. Traitements

Le traitement du cancer du sein localisé, se fait la plupart du temps en plusieurs étapes. Je vais parler du parcours thérapeutique de la majorité des femmes ayant un cancer du sein, cependant chaque cas est unique et donc les traitements sont aussi spécifiques à chacun.

Le plus souvent, la première étape est la chirurgie, qui consiste à enlever la tumeur et la partie du sein en fonction de la localisation et de l'extension.

Suivent ensuite une radiothérapie, le plus souvent après chirurgie pour diminuer les risques de récurrence locale du cancer. Généralement 3 à 6 semaines post-opératoires. On réalise des repérages en tatouant des petits points noirs pour délimiter la zone à irradier. L'effet secondaire le plus régulièrement rencontré est la fatigue, et il peut y avoir également des brûlures au niveau de la zone irradiée.

La chimiothérapie, également le plus souvent après chirurgie, est dite adjuvante, qui complète le traitement chirurgical. Elle a pour but de diminuer le risque que les cellules ne se développent à distance : les métastases. La durée moyenne de chimiothérapie est de 6 séances, souvent 1 séance toutes les 3 semaines, nécessitant habituellement la pose d'une chambre implantable pour un accès plus simple et pour épargner le capital veineux de la toxicité des produits. Elle entraîne certains effets secondaires qui peuvent être très difficiles à supporter par certaines patientes. Les principaux sont les nausées, les vomissements, la diarrhée, la constipation, les aphtes, les sècheresses buccales, l'alopecie (facteur déterminant dans l'image corporelle), la fatigue, l'anémie..etc

Certains cas nécessitent également une hormonothérapie qui vise à empêcher l'action des oestrogènes sur la tumeur.

Le cancer du sein n'est jamais guéri, au sens propre, on parle de rémission. C'est pourquoi après les traitements une surveillance accrue est indispensable pendant les 5 années suivantes, années où le risque de récurrence est le plus élevé.

II. La mammectomie

Au cours de l'élaboration de mon travail, il m'a paru important d'approfondir plus spécifiquement l'acte chirurgical qu'est la mammectomie, et finalement l'acte responsable des conséquences qu'interrogent mon sujet.

Il peut s'agir d'une chirurgie conservatrice, qui consiste à enlever uniquement la tumeur (tumorectomie) ou bien d'une chirurgie radicale, qui consiste en l'ablation de la totalité du sein; peau, glandes mammaires et plaque aréolo-mamelonnaire (mammectomie ou mastectomie totale). J'ai décidé d'utiliser tout au long de ce travail le terme de mammectomie.

Les risques les plus précoces en post opératoires peuvent être : Une hémorragie, un hématome, une infection, des douleurs.

Cette chirurgie peut être accompagnée d'un curage ganglionnaire: l'exérèse des ganglions du creux axillaire. La principale complication est le lymphoedème du bras du côté opéré: le « gros bras » qui est une accumulation de liquide lymphatique dans le bras, pouvant créer une perte de sensibilité irréversible et laisser des séquelles fonctionnelles.

En vue de prévenir ce risque, de nombreux conseils sont donnés aux patientes en post opératoires.

En fonction du stade d'évolution du cancer, et de la localisation, certaines techniques chirurgicales permettent de reconstruire le sein dans le même temps opératoire que la mammectomie. Mais dans la plupart des cas la reconstruction peut se faire généralement dès un an après la fin de la radiothérapie.

L'organe central de cette maladie est le sein, il est intéressant de se pencher sur ce qu'il peut représenter dans notre société, au fil du temps, et pour les femmes elles-mêmes.

III. Les représentations

1. Le sein et ses représentations

Il est évident que le sein a à l'origine une fonction biologique, produire le lait afin de nourrir un nouveau né, et donc dans un sens participe à donner la vie. Il est indissociable de la maternité. On associe également les seins à la sexualité, il est considéré par beaucoup de femme comme un atout de séduction, l'emblème de la féminité. C'est également une partie du corps qui se devine mais qui ne se montre pas, la vision de sein nu est encore tabou. C'est d'ailleurs encore la cause de certain dépistage tardif, par crainte de devoir montrer cette partie du corps.

En fonction des cultures, le sein est perçu différemment. Dans certains pays les femmes doivent cacher toute forme de féminité sous leurs vêtements, alors que dans les pays occidentaux,

la féminité est souvent associée au sein, dans les médias, les publicités, parfois montré à outrance pour faire vendre.

Dans la mythologie grecque, les amazones coupaient même leur sein droit pour pouvoir mieux tirer à l'arc, il était alors considéré comme inutile et invalidant.

Quel que soit sa perception par la femme, le sein est investi par une symbolique forte. Il est donc chez une femme au coeur de sa vie familiale, affective et sociale.

2. Le cancer du sein et ses représentations.

Autant la représentation que le femme a de son sein est spécifique à chacune, autant l'ablation de ce sein met à mal le sentiment d'unité corporelle, et amène obligatoirement à un sentiment de défiguration du féminin.

« Le sein et le cancer sont antinomiques dans leur sens premier. L'un peut donner la vie, l'autre peut donner la mort ou tout du moins ses corollaires, la maladie, la peur, la souffrance.. »⁵
Cette citation de Stéphanie Honoré, reflète bien la représentation que le sein et le cancer peuvent susciter, on comprend alors mieux toute l'importance et l'enjeu de la maladie.

A travers les âges, on peut remarquer que l'origine du cancer du sein a été associé à pas mal d'idées reçues dont voici quelques exemples: « – la femme a allaité et son lait a pourri.

- la femme s'est cognée ou elle à reçu un coup au sein.
- la femme a trop longtemps porté des soutiens-gorge ou des corsets.
- la femme a commis l'adultère, ou à été de mauvaise vie.
- la femme a mangé trop de viande rouge.
- la femme est triste, déprimée. »⁶

Des idées qui aujourd'hui encore peuvent subsister, et même si la maladie est de plus en plus connue, certain la considère comme une maladie honteuse, ou même contagieuse. Autant d'idées reçues qui peuvent accroître le vécu difficile de cette maladie.

Tous ces éléments nous font réaliser que le sein est un organe certes, mais qu'il n'y a pas la même symbolique autour qu'il pourrait y avoir avec d'autres organes. Parce que c'est un organe extériorisé d'abord et donc visible, et parce que dans l'esprit collectif, il a une symbolique très encrée.

On peut alors s'interroger sur les impacts de l'ablation de cet organe fort dans les différents aspects de la vie d'une femme, et qui sont nécessaire dans la prise en compte des soignants.

⁵ HONORE(S)-Cancer du sein-Paris:Seuil,2005-p.157

⁶ *Ibid* p.63

III. Les répercussions

1. Répercussions physiques.

a. Modification corporelle.

La mammectomie, par l'ablation d'un organe externe bouleverse le schéma corporel. Ce sein manquant rappelle sans cesse l'emplacement de la maladie, la mutilation. Le regard extérieur se porte alors directement sur cette asymétrie et influence forcément le regard de l'autre. Le propre regard de la femme sur son corps est une épreuve, elle se découvre autrement, elle va devoir faire un travail de deuil consécutif à la modification de son image corporelle, afin d'accepter son corps, guérir le corps comme l'esprit.

b. Modification des habitudes de vie

Cette mutilation va entraîner bon nombre de dommages sur la vie quotidienne. Il peut subsister des douleurs et des séquelles fonctionnelles dues au curage axillaire qui peuvent restreindre les activités physiques, loisirs ou tâches ménagères. Egalement certaines activités comme la natation, ou d'autres sports vont s'avérer très difficiles vis à vis de l'image corporelle. De plus, la fatigue due aux traitements peut être une difficulté de plus.

Il y aura des changements également sur les habitudes vestimentaires, certaines femmes doivent changer leur garde robe car elles ne se sentent plus à l'aise dans leurs propres vêtements.

2. Répercussions psychologiques

Les répercussions psychologiques sont de plusieurs types, celles liées au cancer avec tout ce que peut engendrer une maladie grave: l'anxiété de la mort, la peur, l'inquiétude, les remises en question, les mécanismes de défense, l'isolement social.. et celles liées à la mammectomie qui vont nécessiter un travail de deuil consécutif à la modification de l'image corporelle, et la défiguration du féminin. Ce travail peut être plus ou moins long et passera par plusieurs étapes: la dévalorisation avec la perte de la féminité, de la maternité, le dégoût de soi-même, l'agressivité : colère ou refus de communiquer, la culpabilité (délais tardifs de découverte, consultation tardive), l'anxiété face au futur (la peur d'être abandonnée, des récidives, des traitements, de la mort)

Autant de perturbations psychologiques qui nécessitent souvent une approche par un professionnel spécialisé.

3. Répercussions sociales et familiales

Peu importe l'âge auquel survient la maladie, les répercussions sur la vie familiale, affective, sociale, sont toujours présentes. Nos relations, nos rencontres et notre manière d'être au monde s'appuient énormément sur l'image du corps. La crainte du regard des proches, la peur du rejet, sont des sentiments souvent retrouvés dans de telles situations.

Dans un couple, sur le plan affectif, sexuel, relationnel, toutes les modifications physiques et psychiques que la femme subit peuvent être une épreuve à surmonter.

De plus, les femmes ne peuvent plus être mère durant cette période, même l'allaitement est difficile voire impossible. Dans le cas où la femme est mère, elle ne peut que difficilement s'occuper de ses enfants, le rôle de la mère va être alors bouleversé.

Pendant la durée du traitement, la patiente se voit obligé dans la majorité des cas d'interrompre son activité professionnelle, les liens sociaux sont souvent rompus, ou fragilisés. La patiente atteinte de cancer peut difficilement faire des projets et se projeter dans l'avenir, non seulement par des préoccupations telles que la lutte contre la maladie mais aussi par des contraintes sociétales. Et tellement d'autres aspects que je n'évoquerais pas, mais qui bouleversent le quotidien et font qu'il y a nécessairement un avant et un après cancer.

On peut alors s'interroger, nous soignants sur notre rôle dans la prise en charge de ces patientes, notre place tout au long de la maladie, et plus spécifiquement au moment de la mammectomie. L'infirmière a-t-elle les compétences et les moyens nécessaires pour sa prise en soin vis à vis de l'image corporelle? L'infirmière peut-elle panser le corps comme l'esprit?

B. L'ACCOMPAGNEMENT INFIRMIER

I. Le plan cancer 2003/2007 et les soins de supports.

Le plan cancer est lancé en 2003 l'objectif est, sur 5 ans, de diminuer de 20% le nombre de décès. Avec 70 mesures et un budget de 1,6 milliards d'euros, le plan cible: la prévention et le dépistage, l'amélioration des soins et l'accompagnement humain, la formation et la recherche.

Parmi toutes ces mesures, la mesure 42 du plan prévoit d'« accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social »⁷ Cette notion de soins de support est souvent mal connue et mal comprise: « Ces soins sont définis en oncologie comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a »⁸ C'est l'organisation et la coordination des différents professionnels et de leurs compétences qui agissent ensemble pour prendre en charge spécifiquement les personnes atteintes de cancer et leur entourage, depuis le tout début de la maladie et tout au long de celle-ci. Le rôle de chacun y est déterminé et toutes les compétences utilisées.

Le plan cancer reste très théorique, il est important de s'interroger sur son application en pratique, dans les services et auprès des patients.

II. Unité de pathologie mammaire.

Il m'a paru important d'évoquer cette unité, elle se compose d'une réelle équipe pluridisciplinaire, qui permet par son organisation et sa coordination de prendre en charge les patientes dans leur globalité, et d'intégrer au mieux les soins de supports.

Cette unité se compose d'une psychologue, qui va suivre les patientes, avant l'intervention, pendant l'hospitalisation en venant dans le service de gynécologie pour voir les patientes, et après également pour poursuivre le suivi. Cela toujours en fonction de la volonté des patientes. D'une infirmière d'annonce : elle est l'infirmière référente des patientes, en les accompagnant du début jusqu'à la fin des traitements et même après, elle réalise les consultations d'annonce, conseils et orientations, facilite les démarches, elle réalise également les consultations avant et après les mammectomies, les pansements de cicatrices, et même les tatouages du mamelon après reconstruction mammaire. Elle oriente vers les autres professionnels. D'une infirmière esthétique, qui reçoit les patientes pour des consultations et des soins esthétiques. Elles donnent des conseils adaptés et personnalisés aux patientes. De médecin, qui vont pratiquer les

⁷ Voir [annexe n°3](#)

⁸ CALS(L)-Qu'es-ce que les soins de support?-Soins de support en cancérologie-Soins n°703 Mars 2006-p. 36

interventions, et suivre les patientes médicalement tout au long de la maladie. De secrétaire qui vont organiser l'hospitalisation et les différentes fonctions administratives.

Cette unité permet de prendre en soins les patientes spécifiquement et individuellement. L'infirmière du service de gynécologie que j'ai rencontré, m'a confié que leur prise en charge en post-opératoire était nettement facilité par la prise en charge par les autres professionnels de santé de l'unité, en pré-opératoire.

On peut penser que tout ce travail réalisé en amont de l'intervention, prépare les patientes, et diminue certainement le choc de cette mutilation, et donc à fortiori la perturbation de l'image corporelle .

Mon sujet étant nécessairement plus centré sur le moment post-opératoire de la mammectomie, je vais maintenant évoquer le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des patientes mammectomisées.

III. Le rôle de l'infirmière

1. L'infirmière et ses compétences

Pour bien comprendre toute l'importance de son rôle auprès des patientes mammectomisées, je vais rappeler son champs de compétence.

D'après le code de la santé publique, relatif à la profession d'infirmière ce passage à retenu mon attention: « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet , dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économique, sociale et culturelle:

1° de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leur fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans le cadre de vie familial ou social... »⁹

Une autre définition des soins infirmiers m'a parut importante à souligner car elle accentue l'importance autant des soins techniques que relationnels : « Le soin infirmier vise à restaurer l'harmonie rompue par la maladie et doit prendre en considération le corps (gestes techniques), l'esprit et l'environnement (dimension relationnelle, individuelle et éducative) »¹⁰

⁹Ministère de la santé et des solidarités-Profession Infirmier-recueil des principaux textes relatifs(..) à l'exercice de la profession-p80-Code de la santé publique-Articles R4311-2

¹⁰H.LETEURTRE et I.PARTELLE-La qualité hospitalière-Berger-Levrault,1999

L'infirmière joue un rôle très important en tenant compte de la spécificité de chaque patiente, de son vécu, de son environnement social, familial, de sa vision de la maladie. Pour cela, l'infirmière doit être capable d'identifier les besoins perturbés et les diagnostics infirmiers prépondérant pour chaque patiente afin d'optimiser la prise en charge.

2. Diagnostics infirmiers prévalants après mammectomie

En mettant en relation les données de mes deux entretiens et mes propres connaissances, j'ai pu mettre en évidence plusieurs diagnostics infirmiers après une mammectomie: Sur le plan physique : la fatigue, la douleur, l'atteinte à l'intégrité de la peau ou des tissus sont les plus souvent rencontrés. Sur le plan psychique: la diminution situationnelle ou chronique de l'estime de soi, une image corporelle perturbée, une identité personnelle perturbée, des interactions sociales perturbée, une dynamique familiale perturbée, une anxiété. J'ai décidé, étant donné le sujet précis de mon travail que je souhaite développer, d'approfondir plus en détail deux de ces diagnostics.

a. Diminution de l'estime de soi

« La perte de l'estime de soi » définit par Virginia Henderson comme étant « la perception négative que l'individu éprouve face à son apparence physique, lors de la perte d'un organe ou d'une fonction, ou lors d'une atteinte à l'intégrité du moi », il est souvent difficile pour les infirmières de répondre à cette angoisse du patient lorsqu'elle est liée à la perturbation de son image faute de connaissance dans ce domaine. »¹¹

La diminution situationnelle de l'estime de soi après une mammectomie peut se caractériser par : des propos d'auto-dépréciation, de sentiments d'impuissance, d'incompétence, un comportement indécis, un manque d'affirmation de soi, elle est liée à la perturbation de l'image corporelle. Si aucune action n'est réalisée, cette diminution situationnelle de l'estime de soi peut devenir chronique.

b. Perturbation de l'image corporelle.

La perturbation de l'image corporelle se définit comme: une « confusion dans la représentation mentale du moi physique. »¹² Elle se caractérise par la perte ou la modification du sein, et peut être favorisée par des facteurs psychosociaux (le regard des autres), biophysiques (les pansements, le drain..) cognitifs/perceptuels (la perception que la femme a de son corps, de

¹¹ALLOUIS(M.L)-Soigner son image pour mieux vivre son cancer-Courty:Sagim-Canate,2005-p.23

se qu'il reflète pour elle, de se qu'elle connaît) culturels ou spirituels (en fonction de l'appartenance religieuse, de certains tabous).

Dans les livres ou dans nos cours, on nous apprend les interventions qui découlent de ces diagnostics, dont voici quelques uns : amélioration de l'image corporelle, aide au processus de deuil, amélioration de l'estime de soi, diminution de l'anxiété, écoute active, soutien psychologique, présence. Toutes ces propositions sont des pistes d'intervention et restent théoriques. Tout l'enjeu de mon sujet et de réaliser la difficulté qu'il peut y avoir à mettre en pratique ces interventions et d'arriver à favoriser l'acceptation de l'image corporelle.

3. Interventions infirmières

a. Prise en charge psychologique.

Cette prise en charge par l'infirmière se fait par la relation d'aide qu'elle va mettre en place dès la période post opératoire. De la qualité de cette relation va permettre un travail sur l'image corporelle de la femme. Son rôle est d'accompagner, soutenir, être à l'écoute, favoriser l'expression du ressenti, créer un climat de confiance et détecter les situations qui nécessitent l'intervention d'un psychologue. Par cette relation d'aide, elle doit tenir compte des étapes du processus de deuil, notamment lors de refus de soins, d'agressivité, de déni...

b. Prise en charge éducative

L'infirmière joue également un rôle éducatif, de manière considérable. Au niveau des prothèses mammaires externes, en présentant les différents types (en coton d'abord, puis en silicone, adhésives ou non). En sachant que le port rapide d'une prothèse est bénéfique d'un point de vue thérapeutique en préservant l'équilibre dorsal et en prévenant l'épaule tombante. Mais également d'un point de vue esthétique et pour l'image corporelle. L'infirmière peut également amorcer le sujet de la reconstruction, en répondant aux questions des patientes.

Son rôle éducatif intervient également au niveau de la prévention des complications du curage ganglionnaire, comme d'éviter du côté opéré: de porter des charges lourdes, les tractions du bras, la compression du bras (prise de la tension), les vêtements serrés, l'exposition prolongée au soleil, afin de prévenir un lymphoedème, une raideur de l'épaule ou une infection.

Dans la dernière partie de mon travail, je vais analyser les points de vues des différents protagonistes : patients et soignants, leurs ressentis, leurs relations, afin de me rapprocher de mon but comprendre comment l'infirmière en tenant compte de tout les aspects physiques et psychologiques liées à l'ablation d'un sein peut mettre en place une relation aidante pour la

femme dans l'acceptation de son image corporelle?

**C. PRISE EN CONSIDERATION PAR LES SOIGNANTS : VERS L'ACCEPTATION
D'UNE NOUVELLE IMAGE CORPORELLE**

Le terme de prise en considération sous entend de prendre en compte tout les éléments pouvant avoir une importance dans la réconciliation de la femme avec son corps. Cela comprend, la reconnaissance par les soignants des moments décisifs de cette réconciliation et des clés de la relation aidante.

I. Identification des moments cruciaux.

Grâce à l'analyse de mes entretiens et de mes nombreuses lectures de témoignages, j'ai pu dégager les étapes marquantes autour de la mammectomie. Ces étapes qui sont à la base de la reconstruction psychique doivent nécessairement et impérativement être prises en compte par les soignants.

Ces moments se situent autour de l'intervention et n'ont pas pour but d'être exhaustif.

1. L'hospitalisation et la période pré-opératoire

L'entrée à l'hôpital en vue de l'intervention représente pour beaucoup de femmes un pas à franchir. Elles appréhendent ce moment, ce changement de lieu, l'entrée dans l'univers hospitalier.

A leur entrée, une de leur préoccupation majeure est d'avoir une chambre individuelle. Pour les infirmières c'est également une priorité d'installer les patientes dans des chambre particulières pour ces interventions, car les patientes peuvent souffrir des comparaisons avec leurs voisines. Le plus souvent l'entrée a lieu la veille au soir de l'intervention.

L'infirmière va être là pour accueillir les patientes dans les meilleures conditions, elle va vérifier le degré de connaissance de la patiente et répondre à ses questions. Elle met en oeuvre les moyens permettant l'expression des attentes, des craintes, des angoisses de la patiente face à la chirurgie. C'est également une étape qui peut permettre de commencer le travail de deuil de cet organe qui va être amputé.

La période pré-opératoire, est l'instant de toutes les angoisses. Angoisse de la mutilation, angoisse de l'opération et de ces risques. Pour la plupart des femmes, une crainte revient fréquemment, celle de se faire enlever le sein « sain », qu'il puisse y avoir une erreur au moment de l'opération, et également la peur d'avoir mal. Au moment du départ au bloc opératoire, comme avant beaucoup d'interventions chirurgicales, les patientes peuvent se sentir seules, avoir froid, être angoissées. Durant ces moments de stress l'infirmière doit être très présente et rassurante. La patiente sait qu'en franchissant les portes du bloc, elle franchit une étapes de sa vie. Les soignants doivent prendre en compte cette dimension et ne pas minimiser cet instant.

2. La période post-opératoire et le premier pansement.

Le retour après l'opération se passe généralement bien car les patientes sont encore sous les effets de l'anesthésie et très fatiguées. La prise en charge à J0 est alors une surveillance et une présence importante. Ce temps permet l'approche de la patiente et l'entrée en relation. C'est également pour les patientes une sorte de soulagement de savoir le cancer hors de soi.

La période post-opératoire est marquée, le lendemain le plus souvent, par la première réfection du pansement. Le pansement cache la cicatrice, et donc la réalité, et souvent elles appréhendent de voir cette cicatrice, cette confrontation avec le vide du sein.

Le pansement est ouvert devant le médecin qui va l'observer d'un point de vue tout à fait technique sans ajouter une dimension symbolique à cet organe. Par la suite, l'infirmière se retrouve seule avec la patiente, c'est alors ce moment intime qui peut être le lieu de nombreuses réactions. Il peut permettre à la patiente d'exprimer ses émotions, son ressenti, de mettre des mots sur ses inquiétudes et de prendre conscience de sa nouvelle image. Les réactions peuvent être très différentes d'une femme à l'autre: pleurs, révolte, refus, résignation, repli sur soi, ou à l'inverse, acceptation voire soulagement pour certaines personnes en fonction du travail effectué en amont de l'intervention. Beaucoup de femmes refusent de voir la cicatrice, le choc étant encore trop difficile à affronter.

C'est pourtant à ce moment qu'elles réalisent, et veulent se confier ou pleurer, laisser « retomber » ce stress de l'opération, cet enjeu qu'elle représentait. C'est le moment crucial, car il met la patiente face à la réalité, et la soignante face à la détresse psychologique d'une femme. La relation à ce moment est très importante, elle peut jouer un rôle par la suite. Le regard de la soignante sur cette partie de son corps que la patiente ne peut pas encore affronter est prépondérant. L'infirmière doit pouvoir décrire la cicatrice, expliquer ces gestes, pour rassurer la patiente.

3. Le premier regard sur soi

Si l'infirmière voit une belle plaie, propre et bien cicatrisée, la patiente qui découvre cet endroit de son corps, n'y voit plus son sein, et c'est un choc terrible. « Il n'y a pas d'antalgiques pour apaiser l'angoisse de ce premier regard sur soi »¹³ C'est alors une terrible errance psychique qui commence pour les patientes, le sentiment d'être trahi par ce corps, de ne plus se reconnaître. A ce moment, l'infirmière n'est pas toujours apte à faire face à ces détresses et doit savoir passer le relais à une psychologue, et proposer à la patiente l'intervention de cette autre professionnelle. Ce premier regard est cependant un premier pas vers la réconciliation avec son corps, car imaginer la cicatrice est encore plus terrible. Ce face à face est traumatisant mais nécessaire.

¹³ RICARDAT(E) TAIEB(L)-Après le cancer du sein-Un féminin à reconstruire-Paris:Albin michel,2009-p.68

L'infirmière est le lien qui va permettre à la patiente cette première rencontre.

L'important est que les femmes puissent rapidement reprendre leur autonomie, elles sont souvent déperfusées et levées le lendemain de l'opération. Elles peuvent donc réaliser seules leurs soins d'hygiène et se ré-approprier ce corps qui a été un temps confié à la médecine.

4. Le regard extérieur

La visite des proches, et le premier regard extérieur, il suscite des craintes mais c'est également une joie de retrouver ces personnes aux visages familiers qui vont être d'un soutien majeur. Les soignants doivent faciliter au mieux cette reprise de contact avec les proches après l'opération car se sont eux qui vont être là après nous. De plus la mise en place d'une prothèse « plume » la toute première prothèse que l'on peut mettre dès les premiers jours après l'opération est très important, il rétablit la silhouette que les proches connaissent. Le regard des autres est alors moins difficile à supporter.

Le regard et la présence des autres professionnels est également essentiel. L'infirmière que j'ai rencontré m'a rapporté ces propos, qui montre toute l'importance de ce regard: *« J'ai déjà eu des patientes qui m'ont rapportées qu'elles étaient tellement dépourvues après l'opération, qu'elles se réfugiaient derrière tout le monde, tout le monde peut être important, autant l'ASH¹⁴ qui vient faire le ménage qui peut dire 2, 3 petits mots, l'aide soignante qui va faire le lit...qu'elles avaient vraiment besoin de tout le monde pour avancer. »¹⁵*

5. L'après.

La sortie de l'hôpital représente pour beaucoup la sortie dans « le monde réel », quitter ce milieu rassurant qu'est l'hôpital, et le regard médical des soignants. C'est alors la peur d'affronter le regard des autres, le retour à la vie quotidienne, aux contraintes.

C'est également durant ces semaines que la patiente va ré-appivoiser et se ré-approprier son corps, en touchant, en se massant, en se lavant.

C'est également le plus souvent le début des chimiothérapies et radiothérapie qui vont encore mettre à mal l'image corporelle avec la perte des cheveux notamment. Ces moments nécessitent une prise charge vraiment attentionnée et spécifique de ces patientes qui sont fragilisées après la mammectomie, que se soit par les proches ou les professionnels intervenants.

Parfois des patientes évoquent la présence du sein « fantôme », l'impression inconsciente que le sein est toujours là, qu'elles le sentent.

¹⁴ ASH: Agent de Service Hospitalier

¹⁵ Extrait de l'entretien réalisé avec l'infirmière de gynécologie.p.7

6. La reconstruction

La reconstruction marque le plus souvent la fin d'une période, celle de la maladie des traitements et du combat, et le début d'une autre, la reconstruction de ce sein manquant, c'est souvent un soulagement. « L'acceptation d'une telle amputation n'est supportable que si elle s'inscrit dans la foi en un espoir de guérison. Ainsi, la reconstruction mammaire laisse présager d'un avenir possible : l'après cancer du sein »¹⁶. Néanmoins la peur de la récurrence est toujours présente, le traumatisme psychologique restera ancré en chaque femme.

7. La non reconstruction

A ce moment de mon travail, il m'est inévitable de parler des femmes qui décident de ne pas reconstruire ce sein manquant. Tout d'abord parce que c'est le cas des femmes de l'association que j'ai contacté et parce que c'est une situation qui interroge. C'est une décision importante qui nécessite une modification de leur regard sur leur corps et une reconstruction du sentiment de féminité, sans devoir passer par une nouvelle opération et un nouveau sein. Elles se ré-approprient leur corps comme il est. Ainsi témoigne une amazone : « *Je suis « réconciliée » avec ce corps asymétrique mais encore tonique et harmonieux.(...)Je n'ai plus de choc en me voyant dans le miroir et je trouve même mon corps intéressant à sa manière.* »¹⁷ Ce chemin mené par les amazones témoigne d'une remarquable réconciliation du corps et de l'esprit.

II. La relation d'aide

La relation d'aide est une relation d'accompagnement. L'infirmière va mettre en place cette relation d'aide, en utilisant l'écoute attentive, un soutien actif, de l'empathie. Cette relation va être l'outil utilisé pour repérer les besoins, les failles, l'évolution, la perception de l'image que la patiente a de son corps. Pour les soignants il est important de connaître l'importance de cette approche et de connaître les limites à cette relation.

1. L'importance de notre regard

L'entretien que j'ai réalisé avec la patiente « amazone » m'a révélé un aspect de mon sujet que je n'avais pas réalisé. En effet, j'ai pu comprendre toute l'importance de notre regard, en tant

¹⁶ RICARDAT(E) TAIEB(L)-Après le cancer du sein-Un féminin à reconstruire-Paris:Albin michel,2009-p.46

¹⁷ Extrait de l'entretien réalisé avec une patiente mammectomisée.p.5

que soignant auprès des patientes. Notre regard présente une fonction miroir dans la relation que nous entretenons avec les patientes. Cela amène donc la patiente à se représenter une image d'elle à travers notre regard, nos paroles, notre toucher. La façon dont nous regardons les patientes, leur cicatrice, fait passer énormément de choses. Il est donc important pour nous soignants de faire très attention à cet aspect là.

2. Les attentes des patientes

Parmi mes lectures et entretiens, certains éléments sont ressortis concernant l'attente des patientes concernant les soignants, dont voici quelques exemples:

Souvent les patientes apprécie l'utilisation d'un langage simple et adaptée par les soignants, sans utiliser sans cesse un langage médical, qui rappelle pour beaucoup les termes de leur maladie.

L'écoute, la sympathie, la gaieté, ou même qu'un sourire sont des éléments qui jouent énormément dans notre relation avec les patientes

Il nous faut éviter de nier ou minimiser l'importance de l'acte chirurgical et de ses conséquences, l'empathie peut nous aider à comprendre leur état.

3. Les limites des soignants

« *Pour une femme infirmière, l'image de l'amputation d'un corps dans un symbole de sa féminité ne doit pas être aisée* »¹⁸. La patiente qui m'a confié ceci, était tout à fait consciente des limites que peut avoir les soignants. Notamment sur ce que renvoie la mammectomie aux professionnelles femmes. Pour être aidant je pense qu'il faut se connaître, connaître ses limites, et savoir déléguer lorsque des situations nous touchent et nous projette en tant que femme et non plus en tant que soignant.

III. Hypothèses.

Tous ces éléments me font penser que en tant que soignant, il n'est pas aisé d'être aidant face à une telle situation qu'est la mammectomie. Et peut être que malgré tout ce travail réalisé par l'infirmière, une personne peut ne pas accepter son image corporelle, et qu'il nous faut également tenir compte de cette possibilité dans notre relation. Car cette acceptation est un processus qui peut être long, et aléatoire, et malgré toutes les clés que l'infirmière possède, cette acceptation est difficilement évaluable que ce soit à court ou long terme.

¹⁸ Extrait de l'entretien avec la patiente mammectomisée.p.5

CONCLUSION

Le point de départ de mon travail se situait autour du cas d'une patiente, meurtrie dans sa féminité et en colère contre ce qui lui était arrivée. En commençant mes recherches, je pensais réellement trouver la cause de ce mal-être et peut-être un défaut de soin de la part des soignants. Cependant force et de constater, après tout ce chemin parcouru, que cette acceptation de son image corporelle par la femme mammectomisée est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît, et que énormément de choses sont réalisées de la part des soignants. Que bien évidemment, la prise en compte par l'infirmière de toutes les répercussions que la mammectomie entraîne, joue un rôle primordiale, mais que parfois elle ne suffit pas.

Ce sujet parle avant tout de relations humaines, qui hélas comporte énormément de barrières, et il me faut admettre que cette relation aidante n'est abordable pour tous les soignants.

Je pense que LA solution n'existe pas. De mon point de vue de soignante, il faut continuer à accompagner ses patientes à tout moment de cette étape de leur vie, individuellement et spécifiquement, en tenant compte de tous les aspects physiques, psychiques et environnementaux, mais en gardant à l'esprit que peut-être, malgré tout, certaines de ces femmes n'accepteront jamais cette nouvelle image corporelle, ou que d'autre l'accepteront sans notre aide.

Il me faut également reconnaître que ce sont les patientes qui détiennent les solutions, notre rôle est de les guider, dans ce travail sur soi, mais nous n'avons pas la « recette » miracle.

Pour moi la rencontre avec les femmes « amazones » à été une grande leçon de vie, elles m'ont montrer que l'on pouvait vivre encore sans sein, et vivre bien. Je m'interroge encore à ce sujet. Moi qui pensait initialement que l'acceptation de son corps après cette mutilation passait inéluctablement par la reconstruction mammaire.

Comment peuvent-elles en arriver là? Quel cheminement se réalise en elle?

BIBLIOGRAPHIE

Livres:

- ALLOUIS(M.L)-Conseil de beauté pour mieux vivre son cancer-Courty:Sagim-Canate,2008
- ALLOUIS(M.L)-Soigner son image pour mieux vivre son cancer-Courty:Sagim-Canate,2005
- BROWN(Z)-FREEMAN(H)-PLATT(E)-100 questions réponses-Le cancer du sein-Monts:Edp,2008-235p
- FITOUSSI(A) RIXE(O)-Cancer du sein-Paris,Bash,2006
- HONORE(C)-Cancer du sein-Paris:Seuil,2005-224p.
- LA LIGUE CONTRE LE CANCER-UICC-FNCLCC-Comprendre le cancer du sein-Paris,2007-113p.
- LE MINTIER(A)-Mieux vivre une chimiothérapie-Paris:Flammarion,2004-272p.
- LETEURTRE(H) PATRELLE(I)-La qualité hospitalière-Berger-Levrault,1999-434p.
- LIGUE CONTRE LE CANCER-Les malades prennent la parole-Paris:Ramsay,1999-262p.
- Ministère de la santé et des solidarités-Profession Infirmier-recueil des principaux textes relatifs(..) à l'exercice de la profession-Berger-Levrault,2006-103p.
- NEHR(T)-Vaincre le cancer du sein-Mon combat de femme-Toulouse:Privat,2008-148p
- PASCAL(A) FRECON VALENTIN(E)-Diagnostiques infirmiers, interventions et résultats-3ème édition-Paris:Masson-2006-606p.
- PUCHEU(S) LE LAUZET(M)-Comment vivre avec un malade cancéreux-Paris:Josette Lyon,1998-145p.
- RICARDAT(E) TAIEB(L)-Après le cancer du sein-Un féminin à reconstruire-Paris:Albin michel,2009-189p.

Périodiques:

- CALS(L)-Qu'es-ce que les soins de support?-Soins de support en cancérologie-Soins n°703 Mars 2006-p. 36 à 37
- SION(S)-La consultation infirmière maillon central de l'organisation des soins de support-Soins n°703 Mars 2006-p.49 à 51

Documents publiés:

- Bilan des mesures du plan cancer 2003-2007 portant sur les soins-www.e-cancer.fr/Institut-National-Cancer/Plan-cancer-2003-2007/

- Code de la Santé Publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- Plan Cancer 2003-2007-www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/index2.htm
- Soins IDE Mastectomie ou Mammectomie et Tumorectomie du sein-
www.infirmiers.com/etud/courslibre/hematokc/SI-mastectomie.pdf

Documents non publiés:

- LES INFIRMIERES de chimiothérapie-Prendre soin de son corps pour accepter son image face à la maladie du cancer du sein-Informations destinées aux patients en chimiothérapie- Chimiothérapie CHBM site de Belfort-2008-4p.
- SAHM(M)-Soins infirmiers aux personnes atteintes d'un cancer-Cours de formatrice-IFSI Belfort-2008

Sites internet:

- Les amazones s'exposent. Site de l'association les amazones,[en ligne] <http://www.lesamazones.fr/> (page consulté en mai 2009)
- Association essentielles. Cancer du sein, [en ligne] www.association-essentielles.net/ (page consulté le 26 avril 2009)
- Apima. Site Apima, apprivoiser son image dans la maladie, [en ligne] www.apima.fr/ (page consultée le 12 février 2009)
- Europa donna. Site europa donna France, coalition européenne contre le cancer du sein, [en ligne] www.europadonna.fr/ (page consultée le 20 mai 2009)
- Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, [en ligne] www.fnclcc.fr (page consultée le 3 mai 2009)
- Mon cancer du sein, par fleurduvent,[en ligne] <http://mon.cancer.du.sein.free.fr/> (page consultée le 12 février 2009)

ANNEXES

TFE

Mammectomie et perturbation de l'image corporelle

**Grille d'entretien
IDE en gynécologie**

- **Pouvez-vous vous présenter rapidement?**

Age, année du diplôme, carrière, expérience..

.....
.....

- **Comment se déroule l'hospitalisation des patientes lors d'intervention pour mammectomie?**

De quelle manière les patientes sont-elles informées sur le déroulement de leur séjour, de l'opération, des soins?

A quel moment?

Quels sont leurs besoins? Leurs préoccupations?

.....
.....

- **Comment se déroulent les soins du 1er pansement post-opératoire?**

Décrivez les réactions des patientes lors du premier pansement?

lors de la découverte de la cicatrice? (déni, refus de regarder, mécanismes de défense?)

.....
.....

- **Qu'expriment les patientes dans les suites post-opératoires immédiates?**

A distance?

Comment répondez-vous?

Avec quels partenaires et quels outils?

.....
.....

- **Des cibles sont-elles ouvertes au sujet de l'estime de soi, de l'image corporelle?**

Si oui, quelles actions sont mises en place?

.....

.....

- **Quelle est la place des proches des patientes lors de leur séjour?**

.....

.....

- **Les patientes ont-elles la possibilité de rencontrer d'autres patientes
mammectomisées dans le service?**

ou associations?

.....

.....

- **Les patientes sont-elles encore suivies après leur sortie de l'hôpital?**

Médecin, psychologue, infirmière..

.....

.....

- **En quoi considérez-vous que votre prise en charge des patientes aura un bénéfice à
long terme?**

.....

.....

- **Considérez-vous être assez formé à la sortie de l'IFSI pour faire face à ce genre de
situation?**

.....

.....

- **Selon vous, quels points peuvent être encore améliorés?**

Concernant la prise en charge des patientes, les soignants, l'organisation du
service..?

.....

.....

TFE

Mammectomie et perturbation de l'image corporelle

**Grille d'entretien
patiente mammectomisée**

- **Afin de mieux comprendre, pouvez-vous me décrire votre situation?**

.....

.....

- **Comment avez-vous vécu votre hospitalisation (lors de votre opération pour mammectomie)?**

.....

.....

- **Que pouvez-vous dire de votre opération?**

De la préparation pré-opératoire?

Des suites opératoires immédiates?

à distance?

Qu'es-ce qui a changé pour vous?

.....

.....

- **Parlez-moi du 1er pansement?**

Quelles ont été vos impressions, vos besoins, vos envies?

Es-ce que l'infirmière y a été attentive?

Comment?

Qu'es-ce qui vous a aidé?

.....

.....

- **Comment a réagit votre entourage?**

Qu'es-ce qui vous a aidé?

.....

-
- **Les professionnels de santé que vous avez rencontrés ont-ils été à votre écoute?**

Vous ont-ils consacré du temps?

Es-ce que cela vous a aidé?

.....

.....

- **Quelles ont été vos attentes par rapport à l'équipe soignante?**

Avez-vous rencontré beaucoup d'infirmières différentes ou souvent la même?

Qui d'autre?

.....

.....

- **Pour vous, qu'es-ce qui est important dans notre attitude pour faciliter l'acceptation de votre nouvelle image corporelle?**

Comment l'infirmière a t-elle procédé auprès de vous?

.....

.....

- **Comment vivez-vous cette situation actuellement?**

Comment vous sentez-vous dans votre corps?

Êtes-vous suivi psychologiquement?

.....

.....

- **Désirez-vous apporter des éléments complémentaires?**
-
-
-
-

Plan cancer: 2003-2007

Mesure n°42

Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social.

- Créer des unités mobiles de soins de support en oncologie, en particulier dans les centres spécialisés, et éventuellement, au sein des réseaux : médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes ...

Dans les hôpitaux non dédiés à la cancérologie, ces équipes devraient être disponibles au delà du cancer, pour répondre à l'ensemble de la demande en soins complémentaires, toutes pathologies confondues.

Ces équipes, comme les centres de coordination en cancérologie, contribueront à redonner du temps aux médecins cliniciens, qui doivent faire face à un afflux de patients dans un contexte de pénurie démographique.

Les établissements de petite taille doivent pouvoir, dans le cadre du réseau, orienter leurs patients vers des équipes de support des établissements appartenant au réseau.

- Accroître la possibilité de recours pour le patient à des consultations psycho-oncologiques de soutien. Cette augmentation pourra prendre deux formes complémentaires :
 - l'augmentation du nombre de psychologues et de psychiatres au sein des unités mobiles de soutien, dans les hôpitaux sous DGF et dans les cliniques (environ 150 postes). Ces professionnels auront été formés à la psycho-oncologie avant intégration dans les unités.
 - le financement auprès des réseaux de soins d'un forfait de 3 à 5 consultations auprès de psychologues de ville formés à la psycho-oncologie, et associés au réseau.

- Former les soignants et les médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient.

- Poursuivre le programme de lutte contre la douleur (2000-2005).

- Améliorer le soutien aux familles des patients, en particulier dans le cas des enfants, en impliquant les associations.